

Har barnet ont?

– Barnsjuksköterskans bedömning av smärta hos barn som vårdas på neonatalavdelning

FÖRFATTARE	Josephine Axelsson Malin Hindebo
PROGRAM/KURS	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot hälso- sjukvård för barn och ungdomar. Examensarbete OM5300 VT 2014
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Margareta Mollberg
EXAMINATOR	Stefan Nilsson

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



FÖRORD

Vi vill tacka vår handledare Margareta Mollberg, för vägledning genom djungeln av vetenskapliga tillvägagångsätt och termer. Tack för att du funnits där och genom din kunskap besvarat våra frågor i tid och otid med stort tålamod. Ett stort tack även till de barnsjuksköterskor som ställde upp på att bli intervjuad och delade med sig av sina erfarenheter. Vi vill även tacka våra familjer och vänner för enormt stöd och mycket uppmuntran i mörka stunder framför datorn, när motivationen sviktat. Ni är fantastiska!

/ Josephine & Malin

Titel (svensk):	Har barnet ont? - Barnsjuksköterskans bedömning av smärta hos barn som vårdas på neonatalavdelning
Titel (engelsk):	Is the child in pain? The pediatric nurse assessment of pain in children being treated in the neonatal unit.
Arbetets art:	Magisteruppsats
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot hälso- och sjukvård för barn och ungdomar/ Examensarbete i omvårdnad med inriktning mot hälso- och sjukvård för barn och ungdomar/OM5300
Arbetets omfattning:	15 högskolepoäng
Sidantal:	29 sidor
Författare:	Josephine Axelsson Malin Hindebo
Handledare:	Margareta Mollberg
Examinator:	Stefan Nilsson

SAMMANFATTNING

Introduktion: Komplexiteten i nyfödda barns sätt att förmedla smärta innebär en utmaning för barnsjuksköterskan. De svenska nationella riktlinjerna för prevention och behandling av smärta hos nyfödda föreslår att avdelningarna regelbundet använder strukturerade metoder, så som smärtskattningsinstrument, för bedömning av smärta under nyföddhetsperioden. Tidigare forskning visar att smärtskattningsinstrument endast används i knappt hälften av alla smärtbedömningar i Sverige. Barn som vårdas på neonatalavdelning kan inte verbalt förmedla sin smärta, och är därför beroende av att barnsjuksköterskan uppmärksammar barnets smärtsignaler. Obehandlad smärta kan medföra negativa konsekvenser även i framtiden. **Syfte:** Syftet med studien är att beskriva barnsjuksköterskans tillvägagångssätt för att bedöma smärta hos nyfödda barn som vårdas på neonatalavdelning. **Metod:** En forskningsplan inför en storskalig studie har utformats, genom att en pilotstudie har genomförts. Semistrukturerade intervjuer genomfördes med fyra sjuksköterskor på en neonatalavdelning i Västsverige. Materialet bearbetades med kvalitativ innehållsanalys. **Resultat:** Resultatet presenteras i tre kategorier; barnsjuksköterskan använder uteslutningsstrategi vid individuell bedömning av smärta, barnsjuksköterskan använder sin professionella kunskap, och kollegor och föräldrars synpunkter involveras vid smärtbedömning. **Konklusion:** Barnsjuksköterskor på neonatalavdelning bedömer barns smärta genom att använda klinisk erfarenhet och kunskap om friska och sjuka barn. De använder sig av en uteslutningsstrategi i sin smärtbedömning, för att eliminera andra orsaker som kan ge samma kliniska bild som smärta. Även föräldrar och kollegor involveras i bedömningen för att försöka skapa en helhetsbild av barnets situation.

Nyckelord barnsjuksköterska, smärtbedömning, neonatalsjukvård, smärta hos nyfödda

ABSTRACT

Introduction: The complexity of the neonates' way of expressing pain is a difficult task for the pediatric nurse. The Swedish national guidelines for prevention and treatment of pain in the newborn infant is suggesting that departments regularly use structured methods, such as pain assessment instrument, for the assessment of pain in the neonatal period. Previous research shows that pain assessment instruments are only used in about half of all pain assessments in Sweden. Neonate's cannot verbally communicate their pain, and are therefore dependent on the pediatric nurse to acknowledge the pain. Untreated pain can lead to negative consequences in the child's future. **Objective:** The aim of this study is to describe how the pediatric nurse assesses pain in neonates. **Method:** A research plan for a large-scale study has been designed, and a pilot study was carried out. Semi-structured interviews were conducted with four nurses in a neonatal unit in western Sweden. The material was processed by using qualitative content analysis. **Results:** The results are presented in three categories; the pediatric nurse uses a strategy of exclusion for individual assessment of pain, the pediatric nurse uses professional knowledge, and colleagues and parents' point of view is involved in pain assessment. **Conclusion:** Pediatric nurses in neonatal units are assessing neonates' pain by using clinical experience and professional knowledge about the behavior of both healthy and sick children. They use a strategy in their pain assessment, to exclude other causes that can produce the same clinical picture as pain. The parents and colleagues are involved in the assessment, when trying to create a holistic picture of the neonate's situation.

Keywords pediatric nurse, pain assessment, neonatal care unit, pain in neonates

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INTRODUKTION	1
INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Smärta	1
<i>Definition av smärta och lidande</i>	1
<i>Smärtfysiologi</i>	1
<i>Små barns smärta</i>	2
<i>Bedömning av små barns smärta</i>	4
Barnsjuksköterskans professionella roll	5
<i>Lidande</i>	5
<i>Välbefinnande</i>	6
Tidigare forskning	7
Problemformulering	9
SYFTE	9
METOD	9
URVAL	9
DATAINSAMLING	10
DATAANALYS MED KVALITATIV INNEHÅLLSANALYS	11
PILOTSTUDIEN	11
Pilotstudiens urval	11
Pilotstudiens datainsamling	12
Pilotstudiens dataanalys	12
FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	13
RISK/NYTTA ANALYS	14
RESULTAT	15
BARNSJUKSKÖTERSKAN ANVÄNDER UTESLUTNINGS- STRATEGIER VID INDIVIDUELL BEDÖMNING AV SMÄRTA	15
Barnsjuksköterskan utgår från kunskap om det friska barnet	15
Att utesluta andra orsaker som kan ge samma kliniska bild som smärta	17
BARNSJUKSKÖTERSKAN ANVÄNDER SIN PROFESSIONELLA KUNSKAP	17
Barnsjuksköterskan utgår från sin kliniska erfarenhet	17
Barnsjuksköterskan använder sin empatiska förmåga	18
KOLLEGOR OCH FÖRÄLDRARS SYNPUNKTER INVOLVERAS VID SMÄRTBEDÖMNING	19
Att ta hjälp av kollegor	19
Att använda föräldrars kunskap i bedömningen	20

DISKUSSION 21

METODDISKUSSION 21

RESULTATDISKUSSION 22

KONKLUSION 25

KLINISKA IMPLIKATIONER & FRAMTIDA FORSKNING 26

FÖRDELNING AV ARBETET 26

REFERENSER 27

BILAGOR

1. FORSKNINGSPERSONSINFORMATION

2. INTERVJUGUIDE

INTRODUKTION

INLEDNING

Forskning har under de senaste decennierna mer och mer uppmärksammat nyfödda barns smärta. Så sent som på 1980-talet visade forskning för första gången att barnen mådde sämre utan smärtlindring vid kirurgiska ingrepp (Anand, Sippell & Aynsley-Green, 1987). Den tidigare uppfattningen var att nyfödda barn inte kunde känna smärta. Kunskapen om hur smärta skall undvikas samt effekterna av smärta hos nyfödda barn är idag stor. Smärtan skapar inte bara ett lidande för barnet, utan kan föra med sig negativa konsekvenser även senare i livet. Det finns olika sätt att bedöma nyfödda barns smärta. En svårighet för barnsjuksköterskan är komplexiteten i nyfödda barns sätt att förmedla smärta. Det finns begränsat med forskning gällande sjuksköterskors smärtbedömning av barn på neonatalavdelning. Den här studien fokuserar på hur sjuksköterskor går till väga vid smärtbedömning av barn som vårdas på neonatalavdelning.

BAKGRUND

Smärta

Definition av smärta och lidande

Enligt International Association for the Study of Pain (u. å.) är smärta en obehaglig sensorisk och emotionell upplevelse som associeras med faktisk och möjlig vävnadsskada, eller beskrivs i termer av sådan skada. Begreppet existentiellt lidande används ofta, men är svårdefinierat. Enligt en studie gjord av Strang, Strang, Hultborn och Arnér (2004) beskrevs lidandet som att det inte behöver ha någon koppling till fysisk smärta. Existentiellt lidande kan dock uttryckas som fysisk smärta. Ordet existentiell smärta används ofta som en metafor för lidande. Ett lidande kan både vara den primära orsaken till smärta, samt förstärka smärta som redan finns hos en individ.

Smärtfysiologi

Om en vävnadsskada uppstår förmedlas smärtan till ryggmärgen via nervfibrerna. I ryggmärgens bakhorn kopplas signalen om, och signalsubstanser frisätts. Olika smärtreceptorer påverkas av signalsubstanserna. Cirkulationen, som regleras i hjärnstammen, påverkas av smärta genom att andningsfrekvens, hjärtrytm och blodtryck ökar. Smärtsignalen når sedan hypotalamus där stressreaktioner stimuleras, för att slutligen nå cortex där smärtan medvetandegörs (Caverius, 2011).

En lokal inflammation uppstår vid vävnadsskada, och ämnen som stimulerar smärtreceptorerna frisätts. Smärtstimuleringen fortsätter via smärtbanorna, och om inte smärtan behandlas fortsätter stimuleringen till ryggmärgen från smärtreceptorerna. Utsöndringen av signalämnen ökar vid långvarig smärta. Glutamat är ett signalämne som, efter bindning till två olika receptorer, ger en ökad retbarhet i smärtsystemet. Det kallas för ”wind up”. Smärtminnesfunktion och sekundär hyperalgesi, bland annat, bidrar troligtvis till att ett individ kan utveckla långvarig smärtproblematik. Även centrala kognitiva funktioner kan påverkas av smärta. Smärtinhiberande system finns i kroppen på både central nivå och spinal nivå. Vid smärtstimulering och läkemedelsbehandling frisätts noradrenalin, serotonin och endorfiner i kroppen, vilket stimulerar de inhiberande banorna (Caverius, 2011). Smärta kan beskrivas som akut kontra långvarig eller beskrivas utifrån underliggande orsak, så som inflammatoriskt, nociceptiv, funktionell, neuropatisk eller idiopatisk. Hos spädbarn dominerar nociceptiv och neuropatisk smärta (Lundeberg, 2014). Nociceptiv smärta syftar till vävnadsskada, medan neuropatisk smärta innebär skador i nervsystemet. Neuropatisk smärta behöver dock inte innebära vävnadsskada i det smärtdrabbade området (Caverius, 2011).

Små barns smärta

Nyfödda barns smärta måste behandlas adekvat, eftersom barnets upplevelser av smärta i framtiden annars kan bli mycket svåra (Caverius, 2011). Medvetenheten om smärta hos prematurt födda barn (födda före graviditetsvecka 37+0) och sjuka nyfödda barn har ökat under de senaste 30 åren (Simons, van Dijk, Anand, Roofthoof, Van Lingen & Tibboel, 2003). Så sent som på 80-talet fanns uppfattningen att nyfödda barn inte kunde uppleva smärta, och därför utsattes många av de här barnen för smärtsamma ingrepp utan varken narkos eller smärtbehandling (Caverius, 2011).

Fostrets sensoriska smärtbanor är redan i graviditetsvecka 20 välutvecklade och impulser kan förmedlas till kroppens alla organsystem. I fostrets hud och slemhinnor finns rikligt med smärtkänsliga receptorer, men i jämförelse med hos vuxna finns en mindre mängd transmittorsubstanser som reducerar upplevelsen av smärta. Vid upprepade procedurer, som genererar i smärta hos det nyfödda barnet, kan överkänslighet uppstå. Det innebär att barnet vid det specifika området mister förmågan att känna skillnad på beröring och smärta, vilket kan kvarstå långt efter neonatalperioden (0 till 28 dagar efter födseln). Prematura och nyfödda barn har en låg smärtröskel, och den kan kvarstå efter upprepade smärtupplevelser. De nyfödda barn som krävt intensivvård och genomgått frekventa smärtprocedurer kan ha en

ökad smärtmedvetenhet även senare under barndomen, jämfört med barn som inte genomlidit smärtsamma procedurer som nyfödda (Fellman, 2008).

Det parasympatiska nervsystemet dominerar över det sympatiska nervsystemet hos det nyfödda barnet. Det har till följd att det nyfödda barnet, speciellt det prematura barnet, vid smärta kan reagera med bradykardi och blodtrycksfall istället för med takykardi, ökad andningsfrekvens och stigande blodtryck, som vanligtvis ses vid ett sympatiskt svar. Risken är stor att barnets smärta inte registreras om barnet dessutom ligger stilla. Att barnet inte reagerar på smärta behöver inte betyda att barnet inte har ont. Vid smärta frisätts stresshormoner som adrenalin, kortisol, serotonin, noradrenalin och substans P (hormon som påverkar uppfattningen av smärta). Om stresshormonerna inte minskas genom lindrande av smärta påverkas metabolismen, vilket leder till försämrad sårläkning, infektioner och påverkad immunstatus. I ett större perspektiv leder det även till längre vårdtider och högre kostnad (Caverius, 2011).

På neonatalavdelning vårdas barn som är prematurt födda och barn som är sjuka vid födseln (Jacksson & Hedberg Nykvist, 2013). Det är komplicerat att bedöma smärta hos nyfödda barn som vårdas på neonatalavdelning, då de inte kan beskriva eller verbalt uttrycka sin smärta på samma sätt som äldre barn och vuxna kan. Däremot finns det fysiologiska och beteendemässiga tecken som kan indikera smärta hos det nyfödda barnet (Hummel & van Dijk, 2006). I en studie gjord av Korhonen, Haho och Pölkki (2013) på en neonatal intensivvårdsavdelning fick sjuksköterskor som arbetade där beskriva sin uppfattning av prematura barns lidande i relation till smärta. Barnens lidande beskrevs utifrån olika kategorier. En kategori handlade om lidande i relation till barnens mognad. Ju lägre gestationsålder, desto mer verkade barnen lida. En annan kategori handlade om lidandets förekomst. Där framkom det att barnen uttryckte sitt lidande olika mycket. Vissa barn visade nästan inga tecken på lidande alls, medan andra uttryckte lidandet starkare. Den varierande graden av uttryckt lidande tolkades som att det berodde på barnets medicinska tillstånd. Under en vårdprocedur kunde barnet visa lidande, och i vissa fall tolkades det som att barnets lidande fortsatte även efter att vårdproceduren var klar. Ytterligare en kategori handlade om att sjuksköterskorna upplevde att det fanns en individuell tröskel för lidande hos nyfödda barn. Vissa barn stod ut med fler behandlingar utan att visa något lidande, medan andra barn verkade lida utan tydlig orsak.

Bedömning av små barns smärta

Risken att nyfödda barns smärta under nyföddhetsperioden underskattas är mycket stor eftersom nyfödda barns förmåga att kommunicera smärta, samt stressförmågan inte är färdigutvecklad. Nationell och internationell forskning belyser vikten av smärtskattning och tidig smärtbehandling (Anand, Aynsley-Green, Bancalari, Benini, Champion, Craig, Dangel & Taddio, 2001; Batton, Barrington, Wallman & Finley, 2006). De svenska nationella riktlinjerna för prevention och behandling av smärta hos nyfödda är ämnade som vägledning till lokala PM. De är anpassade för neonatala intensivvårdsavdelningar men kan även appliceras på andra avdelningar där nyfödda barn vårdas. Riktlinjerna föreslår att avdelningarna regelbundet använder strukturerade metoder för bedömning av smärta under nyföddhetsperioden. Strukturerade metoder innebär användning av smärtskattningsinstrument. Många av de smärtskattningsinstrument som idag används inom barnsjukvården mäter den akuta, procedurrelaterade smärtan. Några vanliga ingrepp som kan leda till procedurrelaterad smärta är venpunktion, inläggande av nasogastrisk sond, lumbalpunktion och rensugning av luftvägarna (Svensk barnsmärtförening, 2013).

I en studie gjord av Gradin och Erikssons (2011) visar resultatet att andelen neonatalavdelningar i Sverige som försöker utvärdera smärta, genom att använda sig av både strukturerade och ostrukturerade metoder, har ökat från 63 % till 83 % under en period på 15 år (från 1993 till 2008). Studien visade även att andelen strukturerade metoder för smärtskattning har ökat sedan år 1998. Under fem år ökade användandet av strukturerade metoder från 3 % till 44 % på svenska neonatalavdelningar. Enligt Gradin (2013) är ALPS 0/ALPS neo (Astrid Lindgren and Lund Children's Hospitals Pain and Stress Assessment Scale for Preterm and Sick Newborn Infants) det mest använda smärtskattningsinstrumentet på svenska neonatalavdelningar. De svenska nationella riktlinjerna för prevention och behandling av smärta hos nyfödda beskriver att ALPS 0/ALPS neo kan användas för att bedöma smärta hos alla barn som vårdas på neonatalavdelning (Svensk barnsmärtförening, 2013).

Forskning har visat att sjuksköterskor upplever att det är en utmaning att i vårdsituationen bedöma lidande i relation till smärta hos barn på neonatal intensivvårdsavdelning. Vissa barns smärtröskel för lidande i samband med smärta var så låg att sjuksköterskorna upplevde att det nästan var omöjligt att inte orsaka barnet lidande. Sjuksköterskorna tolkade barnens lidande

bland annat genom barnets ansiktsuttryck, blodtryck, saturation, andningsmönster, gråt och färg på huden (Korhonen et al., 2013).

Barnsjuksköterskans professionella roll

Att lindra lidande, främja hälsa, återställa hälsa samt att förebygga sjukdom är de fyra grundläggande ansvarsområden som en sjuksköterska har att arbeta efter (Svensk sjuksköterskeförening, 2007). I Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska står det beskrivet att sjuksköterskan skall verka för att uppmärksamma faktorer som kan ha en negativ inverkan på människans hälsa och kan leda till ohälsa (Socialstyrelsen, 2005). Det krävs specifik kompetens, färdighet och kunskap för att som barnsjuksköterska kunna möta barn och närstående i svåra situationer. Mötet skall ske på barnets villkor, oavsett ålder, utvecklingsnivå, sjukdom eller handikapp. Barnsjuksköterskan skall kunna möta barn med olika bakgrund och familjesituationer samt bekräfta barnet i dess glädje och sorg. I Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot hälso- och sjukvård för barn och ungdomar står det att barnsjuksköterskan skall arbeta utifrån barnets bästa och främja en förtroendefull relation till barnet och barnets närstående. Barnsjuksköterskan har i uppdrag att främja hälsa och skall verka för att anpassa vårdssituationen efter barnets utvecklingsnivå och mognad (Svensk sjuksköterskeförening, 2008).

Lidande

I vården finns, enligt Eriksson (2001), tre olika former av lidande; sjukdomslidande, vårdlidande och livslidande. Sjukdomslidandet innebär att patienten kan lida på grund av att sjukdom och behandling tillfogar patienten smärta. Just den fysiska smärtan är en vanlig orsak till varför en patient kan uppleva ett sjukdomslidande. Lidande och smärta är inte synonymer, men relationen mellan just smärta och lidande är stark. Reduceras smärtan kan också ett outhärdligt lidande lindras. Fysisk smärta skall alltid lindras. Fysisk smärta leder dessutom ofta till att patienten mår psykiskt dåligt. Sjukdomslidandet kan också vara själsligt och andligt, och innebär då att patienten upplever skam, skuld eller förnedring i relation till sjukdom och behandling. Det kan bero på till exempel vårdpersonalens attityd eller sociala faktorer. Föräldrar till sjuka barn kan till exempel uppleva skam och skuld för att de känner att de inte kan ge sitt barn vård som är god nog.

Vårdlidandet är subjektivt, och kan sammanfattas i fyra kategorier: kränkning av patientens värdighet, fördömelse och straff, maktutövning och utebliven vård. Att kränka patientens värdighet kan innebära att till exempel nonchalera patienten, eller att inte förstå patientens behov av integritet vid diverse omvårdnadshandlingar. Fördömelse och straff kan till exempel innebära att sjukvårdspersonalen har uppfattningen att de alltid vet vad som är bäst för patienten. Det kan också innebära att sjukvårdspersonalen straffar patienten om de upplever att patienten "gjort fel" genom att nonchalera honom/henne. Maktutövning innebär till exempel att patienten inte blir tagen på allvar. Utebliven vård innebär exempelvis att sjukvårdspersonalen inte har förmågan att se vad en patient behöver, men det kan också innebära direkt vanvård av patienten (Eriksson, 2001).

Livslidandet innebär att den situation som uppkommit i samband med sjukdom och ohälsa påverkar hela patientens livssituation. Livslidandet kan upplevas som ett hot mot en människas existens, men kan också handla om att patienten inte kan leva som vanligt i det sociala livet. Patienten kan uppleva förtvivlan och rädsla, och förlora kraften till att orka kämpa i en situation som upplevs hopplös, vilket ger ett livslidande (Eriksson, 2001). Enligt Eriksson (2001) kan lidandet lindras genom att patienten känner sig välkommen och delaktig i sin vård. Det är också viktigt att patienten är välinformerad om sin situation, och får möjligheten att få svar på sina eventuella frågor. Vårdpersonalen måste lyssna på patienten och ta honom/henne på allvar. Varje patient är unik och skall behandlas därefter.

Välbefinnande

Hälsa är ett tillstånd av välbefinnande, friskhet och sundhet. Välbefinnandet innebär känslan hos den enskilde individen som är viktigt för hälsan. Exempelvis kan en person vara frisk utåt sett, men ändå må dåligt. Friskheten innebär att en individ har god fysik, det vill säga att kroppen fungerar som den skall. Sundheten innebär att individen har ett hälsosamt liv samt är psykiskt och fysiskt frisk (Eriksson, 1984).

Comfort theory innebär en personcentrerad omvårdnad, och beskriver betydelsen av välbefinnande, komfort, för att patienter skall uppleva god hälsa. Människan har olika behov, så som sociokulturella, miljömässiga, psykospiritueella samt fysiska. Om sjuksköterskan hjälper patienten att tillgodose de behoven kan patienten uppnå komfort. Komfort skall ses som ett mål med omvårdnaden, och stärka patienten. Patienten kan uppleva en lindring och befrielse i att få ett behov tillgodosett (Kolcaba & DiMarco, 2005).

Sjuksköterskan bör använda sig av Comfort theory i sina omvårdnadshandlingar, eftersom det gör att både sjuksköterska och patient känner sig tillfreds med varandra och omvårdnaden. För att uppnå komfort kan sjuksköterskan använda sig av standardinterventioner (att ha kontroll över patientens smärta), uppmuntrande interventioner (att hjälpa patienten till minskad ångest, ge information och lyssna på patienten) eller själainterventioner (visa omsorg gentemot patient och anhöriga). Det är även bra om patienten eller någon familjemedlem skattar patientens välbefinnande. En sådan skattning kan sedan användas tillsammans med ett smärtskattningsskalor (Kolcaba & DiMarco, 2005).

Inom pediatrik finns omvårdnadsåtgärder utformade utifrån Comfort theory. Målet med omvårdnadsåtgärder är att barnet och barnets familj skall uppnå komfort. För att det skall kunna ske är det viktigt att familjen är delaktig i omvårdnaden av barnet, och att barnet och barnets familj är välinformerade och förberedda inför olika procedurer och undersökningar som barnet behöver gå igenom. En förutsättning för att barnet och barnets familj skall kunna uppnå komfort är att barnet är väl smärtlindrat. Det är också viktigt att se till att barnet har det bekvämt och bra, och att miljön runt barnet är lugn (Kolcaba & DiMarco, 2005).

Tidigare forskning

För att sjuksköterskan ska kunna göra en fullständig bedömning av smärta hos ett nyfött prematurt barn krävs kunskap inom olika områden. Det är kunskap om patologi, orsaker till smärta, samt faktorer som påverkar smärtan både positivt och negativt (Ramelet, 1999). Dodds (2003) har gjort en studie med syftet att undersöka sjuksköterskors attityder till neonatal smärta, metoder för bedömning av smärtan, samt vilka farmakologiska och icke farmakologiska metoder som används vid smärta. 21 sjuksköterskor på tre neonatalavdelningar deltog i studien. Resultatet visade att endast 48 % av deltagarna använde sig av smärtskattningsskalor. Resultatet visade även att någon form av smärtprotokoll skulle kunna leda till att barnen på neonatalavdelningar får adekvat smärtlindring. I en finsk studie, som belyser sjuksköterskans attityder kring smärtbedömning, visade resultatet att majoriteten av de tillfrågade sjuksköterskorna tyckte smärtbedömning av prematura barn var viktigt. Drygt hälften av dem svarade att de kunde bedöma smärta tillförlitligt hos prematura barn utan att använda smärtskattningsskalor. Studien visade att sjuksköterskorna hade tillräckliga kunskaper om hur prematura barn uttrycker smärta och deras förmåga att uppleva smärta. Däremot saknade en fjärdedel av sjuksköterskorna kunskap gällande att fullgångna barn

(födda efter 37 hela graviditetsveckor) och prematura barns smärtkänslighet kan skilja sig åt (Pölkki, Korhonen, Laukkala, Saarela, Vehviläinen-Julkunen & Pietilä, 2010).

I en studie gjord av Roofthoof, Simons, Anand, Tibboel och van Dijk (2013) studerades om nya icke-farmakologiska riktlinjer minskade antalet smärtsamma procedurer hos nyfödda barn på en neonatal intensivvårdsavdelning. Resultatet jämfördes med en studie som genomfördes 2001. Det som framkom var att genomsnittsvärdet gällande smärtsamma procedurer hos nyfödda barn var drygt 11 till antalet per dag år 2013. I studien som gjordes 2001 var samma siffra drygt 14 stycken procedurer per dag. Genomsnittsvärdet gällande smärtsamma procedurer per barn på avdelningen hade alltså minskat från 2001. Användandet av smärtstillande läkemedel var en andel av knappt 37 % år 2013, jämfört med drygt 60 % år 2001. Icke-farmakologiska smärt- och stressreducerande strategier användes, och studiens resultat visade att icke-farmakologiska smärtlindrande metoder borde inkluderas i barnsjukvården mer än vad de gör.

Akuma och Jordan (2012) genomförde en studie på sju neonatalintensivvårdsavdelningar i Storbritannien, där samtliga läkares och sjuksköterskors kunskap och hantering av prematura barns smärta bedömdes. Resultatet visade att alla tillfrågade läkare och sjuksköterskor var eniga gällande att nyfödda barn känner smärta och behöver smärtlindring. Trots det fick barnen inte den smärtlindring de behövde. Smärtskattningsinstrument användes sällan av läkare och sjuksköterskor, och bara några få av dem hade fått utbildning gällande prematura barns smärta. I en studie utförd av Dos Santos, Kushara och Pedreira (2012) uppgav 73 % av sjuksköterskorna att de fått utbildning angående smärta och smärtlindring inom pediatrik, men 65 % ansåg att den inte var tillräcklig för att på ett bra sätt kunna arbeta med den aspekten i omvårdnaden.

Eriksson och Gradin (2008) har genomfört en studie som visar till vilken omfattning svenska neonatalavdelningar har implementerat de nationella riktlinjerna för prevention och behandling av smärta hos nyfödda barn. Majoriteten av neonatalavdelningarna följde de svenska riktlinjerna för smärtbehandling och smärtprevention. Allegaert, Tibboel, Naulaers, Tison, De Jonge, Van Dijk, Vanhole och Devlieger (2003) menar att genom att systematiskt utföra smärtbedömningar, både genom strukturerade och ostrukturerade metoder, på barn på neonatalavdelningar, förbättras medvetenheten gällande behovet att behandla och förebygga smärta.

Problemformulering

Nyfödda barn som vårdas på neonatalavdelning utsätts dagligen för smärtsamma procedurer och är beroende av barnsjuksköterskors kunskap om smärta för att kunna få adekvat behandling. Obehandlad smärta kan medföra negativa effekter på barnets framtida hälsa. Det är därför av stor vikt att barnsjuksköterskor uppmärksammar det nyfödda barnets lidande och att smärtan behandlas. Tidigare forskning har visat att personal på svenska neonatalavdelningar, knappt vid hälften av smärtbedömningarna, använder validerade smärtskattningsinstrument avsedda för nyfödda barn som vårdas på neonatalavdelning. Den här studien motiveras av att skaffa kunskap om hur barnsjuksköterskan utför smärtbedömning på nyfödda barn som vårdas på neonatalavdelning.

SYFTE

Syftet med studien är att beskriva barnsjuksköterskans tillvägagångssätt för att bedöma smärta hos nyfödda barn som vårdas på neonatalavdelning.

METOD

Studien kommer att genomföras med kvalitativ metod, vilket lämpar sig utifrån syftet eftersom den kvalitativa ansatsen bygger på ett holistiskt synsätt och lämpar sig väl vid forskning kring erfarenheter (Marshall & Rossman, 2011). Författarna till föreliggande studie kommer att göra en empirisk studie som bygger på semistrukturerade forskningsintervjuer. Ansatsen i kvalitativ metod kan vara både deduktiv och induktiv, men i relation till studiens utformning kommer intervjuerna att utgå ifrån en induktiv ansats vilket betecknar en förutsättningslös analys av materialet (Graneheim & Lundman, 2004).

URVAL

I den fullskaliga studien kommer 20-25 intervjuer med barnsjuksköterskor eller sjuksköterskor som arbetar på neonatalavdelning att inkluderas. En resultatmättnad kommer eventuellt att uppstå tidigare, om informanterna inte längre tillför ny information i en intervju utan upprepar det som tidigare framkommit i andra intervjuer (Kvale, Brinkmann och Torhell, 2009). Kontakt kommer att tas med neonatalavdelningar på de sju universitetssjukhusen i Sverige. Rekrytering av informanter kommer att ske efter att godkännande givits av vårdenhetschef och verksamhetschef på respektive avdelning. Ett informationsmöte kommer att ske på respektive avdelning där syftet med studien presenteras. Deltagande i studien

kommer att vara frivilligt och de sjuksköterskor som är intresserade kommer att uppmuntras att anmäla sitt intresse. Ett strategiskt urval kommer att användas för att få informationsrika beskrivningar från sjuksköterskor med kunskap inom det specifika området som studien behandlar (Henricson & Billhult, 2012). För att få en så stor variation som möjligt kommer hänsyn tas till kön, ålder och erfarenhet hos de sjuksköterskor som tillfrågas om deltagande i den fullskaliga studien. Inklusionskriterier för erbjudande om deltagande i studien kommer att vara att de skall vara yrkesverksamma barnsjuksköterskor eller grundutbildade sjuksköterskor på neonatalavdelning, vara självständiga i sitt arbete och ha avslutat introduktionstiden efter nyanställning. Exklusionskriterier är de kriterier som ej överensstämmer med angivna inklusionskriterier.

DATAINSAMLING

För att samla in data till den fullskaliga studien kommer semistrukturerade intervjuer att utföras. Intervjuerna skall ha ett syfte och skall genomföras på ett professionellt sätt, men de skall ändå påminna om vardagssamtal (Polit & Beck, 2012). Enligt Kvale et al. (2009) skapar det vardagliga språket goda förutsättningar till samspel, eftersom informanten då får lättare att öppna sig och berätta om sina känslor och upplevelser. För att skapa gynnsamma förutsättningar inför intervjun är det av stor vikt att informanten känner sig bekväm i situationen. Ett sätt att försöka åstadkomma det är att informanten får bestämma vilken plats intervjun skall äga rum på (Kvale et al., 2009). För att skapa struktur på intervjun kommer en intervjuguide att användas. Intervjuguiden skall innehålla ämnen och frågor som forskaren bör täcka in under intervjun. Med intervjuguiden förbättras chanserna att forskaren täcker de områden som önskas undersökas. Utformningen av frågorna i intervjuguiden bör ske i en logisk ordning, så som att börja med en generell fråga för att sedan följa upp med mer specifika frågor. Forskaren bör vara lyhörd under intervjun, eftersom informanten i sitt svar även kan besvara andra frågor som är tänkta att ställas senare i intervjun (Polit & Beck, 2012).

Informanterna kommer att få både skriftlig och muntlig information om studien och studiens syfte innan intervjuerna startar. Eventuella frågor kommer att besvaras och därefter kommer ljudinspelningarna att startas. Ljudinspelning sker för att inte gå miste om detaljer i informationen och för att forskaren ska kunna fokusera på informanten istället för att föra anteckningar. Intervjuerna uppskattas ta cirka 30-45 minuter. I slutet av varje intervju kommer informanterna att tillfrågas om de har eventuella tillägg som kan tänkas berika

informationen som framkommit. De kommer även att få utrymme att ställa frågor om de har ytterligare funderingar gällande studien.

DATAANALYS MED KVALITATIV INNEHÅLLSANALYS

Texten i den fullskaliga studien kommer att bearbetas med hjälp av kvalitativ innehållsanalys för att skillnader och likheter i textinnehållet skall urskiljas, vilket kommer att generera i kategorier och subkategorier. Vid bearbetning av insamlat material kommer kvalitativ manifest innehållsanalys att användas. Den manifesta analysen redogör för det som informationen består av, det vill säga de uppenbara delarna av helheterna (Polit & Beck, 2012). Den används för att beskriva det uppenbara och textnära innehållet medan den latent ansatsen fokuserar på textens underliggande innebörd genom tolkningar som presenteras i teman (Graneheim & Lundman, 2004). Materialet kommer att transkriberas för att sedan bearbetas och läsas av båda författarna med syftet att skapa sig en helhetsuppfattning av innehållet. Analysen innebär en process som går fram och tillbaka vid bearbetning av materialet (Graneheim & Lundman, 2004). Hur analysen genomförts i pilotstudien beskrivs längre fram i dokumentet.

PILOTSTUDIEN

En pilotstudie gjordes för att testa om den metod som valts är relevant för den fullskaliga studien som är planerad att genomföras. Att göra en pilotstudie innebär att göra en liten studie, som en del av den fullskaliga studien. Den initiala mindre studien görs även för att undvika ekonomisk förlust när den fullskaliga studien sedan genomförs (Polit & Beck, 2012).

Pilotstudiens urval

Innan pilotstudien genomfördes kontaktades vårdenhetschefen för två neonatalavdelningar i Västsverige. Vårdenhetschefen informerades skriftligt angående examensarbete på avancerad nivå, samt erhöll forskningspersoninformation (FPI) om studiens genomförande (bilaga 1). Vårdenhetschefen godkände studien och valde därefter, utifrån inklusionskriterierna, ut fyra personer som tillfrågades gällande deltagande i studien. De fyra personerna som tillfrågades fick varsin FPI, och gav därefter sitt samtycke till deltagande. Inklusionskriterierna var att informanterna skulle vara anställda barnsjuksköterskor eller sjuksköterskor på neonatalavdelning, vara självständiga i sitt arbete och ha avslutat sin introduktionstid vid en

eventuell nyanställning. Samtliga informanter i urvalet var barnsjuksköterskor och de hade varit verksamma inom neonatalsjukvård i mellan 12 år till 25 år.

Pilotstudiens datainsamling

Tid och plats för intervjuerna bestämdes av vårdenhetschefen och informanterna. Författarna intervjuade informanterna var för sig för att informanterna inte skulle känna sig utsatta, och för att undvika en ”två mot en situation”. Informanterna fick muntlig information om studien, som ett komplement till den skriftliga information de tidigare erhållit, samt möjligheten att ställa frågor innan inspelningarna påbörjades. Samtliga fyra intervjuer spelades in med hjälp av mobiltelefoner, och pågick under mellan 26 -35 minuter med tid för information och frågor innan och efter. En intervjuguide med öppna frågor hade förberetts inför intervjuerna (bilaga 2). För att få ut så mycket av intervjuerna som möjligt fick informanterna, i slutet av intervjun, möjligheten att prata fritt kring smärta och smärtbedömning, och de tillfrågades om de önskade lägga till något som var väsentligt för studien.

Pilotstudiens dataanalys

De fyra intervjuerna kodades för att säkerställa anonymitet. Samtliga fyra intervjuer transkriberades ordagrant till en textmassa, och materialet lästes sedan igenom av båda författarna. För att materialet inte skulle misstolkas, lyssnade även författarna på varandras inspelningar. Intervjuerna tilldelades varsin färg. Därefter bearbetades texterna var för sig, för att sedan sammanställas tillsammans. Innehållet diskuterades och meningsenheter togs sedan ut från texten tillsammans. Meningsenheter klipptes ut ur de färgkodade intervjuerna. De meningsenheter som urskiljdes från texten svarade an på studiens syfte. Därefter kondenserades meningsenheter, utan att innehållet i texten förändrades. Under analysprocessen lyftes innehållet i texten till en högre nivå och den kondenserade texten förseddes med en kod som kortfattat beskrev innehållet. Koderna sammanfördes genom att placeras i högar med liknande innehåll, för att sedan bilda kategorier och subkategorier.

Tabell 1. Exempel på analysprocessen

Meningsenhet	Kondenserad Enhet	Kod	Subkategori	Kategori
Vi får ju jättemånga barn där föräldrarna tycker att "åh, han är så jättesnäll" men vi vill inte ha snälla tysta barn, för det är ett tecken på att barnet inte mår bra.	Vi vill inte ha snälla tysta barn, det är ett tecken på att barnet inte mår bra.	Tecken på att barnet inte mår bra.	Sjuksköterskan utgår från kunskap om det friska barnet.	Sjuksköterskan uteslutningsstrategi vid individuell bedömning av smärta
Det kan räcka, alltså ett oroligt barn kan räcka med att bara komma upp till mammas och pappas famn, en orolig bebis.	Det kan räcka att komma upp i mammas och pappas famn.	Närhet	Att utesluta andra orsaker som kan ge samma kliniska bild som smärta	Sjuksköterskan uteslutningsstrategi vid individuell bedömning av smärta
Någonting som är positivt i smärtbedömningen är att man jobbar i team med barnsköterskan som är delaktig.	Man jobbar i team med barnsköterskan som är delaktig	Man jobbar i team	Att ta hjälp av kollegor	Kollegor och föräldrars synpunkter involveras vid smärtbedömning
Jag tycker att man alltid skall lyssna på föräldrarna, de känner ju sitt barn bäst.	Man skall alltid lyssna på föräldrarna, de känner barnet bäst.	Alltid lyssna på föräldrarna	Att använda föräldrarnas kunskap i bedömningen	Kollegor och föräldrars synpunkter involveras vid smärtbedömning

FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN

Det finns fyra grundläggande huvudkrav inom forskning som rör människor. Kraven syftar till att skydda den enskilde individen från att utnyttjas i forskningsprocessen, och innefattar informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet (Vetenskapsrådet, u.å.) Forskningspersoninformationen till den aktuella pilotstudien skrevs utifrån de här kraven.

Informationskravet innebär att de som väljer att delta i en studie skall erhålla information om deras uppgift i studien, samt vilka villkor som gäller för dem i och med deras deltagande. Informationen skall innefatta forskningsansvarigs namn och institutionsanknytning. Vidare skall de få information om att de när som helst kan avbryta sin medverkan i studien, samt att

deltagandet är frivilligt. Eventuella risker för skada eller obehag som deltagande i studien kan resultera i måste redovisas. Studiens syfte skall klargöras, och studien skall i stora drag beskrivas. Slutligen är det också viktigt att information ges gällande hur studiens resultat kommer att användas (Vetenskapsrådet, u.å.).

Samtyckeskravet innebär att forskare måste inhämta samtycke från de som är tänkta som deltagare i en studie. Samtliga deltagare bestämmer själva om de vill vara med i studien eller inte. De bestämmer även hur länge de vill delta, samt på vilka villkor de vill delta. Det skall inte medföra några negativa konsekvenser för den deltagare som eventuellt väljer att avbryta sitt deltagande mitt i studien. Deltagaren får inte utsättas för påverkan eller påtryckning från forskaren. Mellan deltagare och forskare får inte beroendeförhållanden föreligga (Vetenskapsrådet, u.å.).

Konfidentialitetskravet innebär att deltagare i en studie skall försäkras konfidentialitet. Det är viktigt att personuppgifter förvaras på ett sätt som gör att obehöriga inte kan ta del av dem. All information gällande studiens deltagare skall avidentifieras, så att ingen utomstående skall kunna identifiera dem (Vetenskapsrådet, u.å.).

Nyttjandekravet innebär att de uppgifter som inhämtats av en studies deltagare inte får användas eller lånas ut i kommersiella eller icke-vetenskapliga syften. De uppgifter som samlats in gällande en deltagare får inte användas på ett sådant sätt att det påverkar deltagaren, utan att deltagaren först givit sitt samtycke (Vetenskapsrådet, u.å.). Eftersom pilotstudien genomförs på Göteborgs Universitet som en del av ett examensarbete på avancerad nivå krävs inget tillstånd från etikprövningsnämnd (Etikprövningsnämnden, 2007).

RISK/NYTTA ANALYS

Författarna anser inte att det finns några risker med att delta i studien. Det kan däremot vara så att områden berörs som eventuellt kan vara känsliga för informanten i yrkesrollen, men de väljer själva, enligt samtyckeskravet, vad de vill prata om och svara på under intervjun. Nyttan med ett deltagande är förhoppningsvis att deltagarna får tid till reflektion gällande smärta hos barn på neonatalavdelning, och därmed erhåller en djupare kunskap i ämnet, som kan vara värdefull i deras yrkesroll som sjuksköterskor. I ett vidare perspektiv kan studiens resultat bidra till att smärta hos den här patientgruppen uppmärksammas mer, och därmed behandlas adekvat.

RESULTAT

Den kvalitativa innehållsanalysen resulterade i tre kategorier och sex subkategorier utifrån barnsjuksköterskors beskrivningar av tillvägagångssätt för att bedöma smärta hos nyfödda barn som vårdas på neonatalavdelning.

Tabell 2. Översikt av subkategorier och kategorier

Subkategori	Kategori
<ul style="list-style-type: none">• Barnsjuksköterskan utgår från kunskap om det friska barnet• Att utesluta andra orsaker som kan ge samma kliniska bild som smärta	Barnsjuksköterskan använder uteslutningsstrategi vid individuell bedömning av smärta
<ul style="list-style-type: none">• Barnsjuksköterskan utgår från sin kliniska erfarenhet• Barnsjuksköterskan använder sin empatiska förmåga	Barnsjuksköterskans använder sin professionella kunskap
<ul style="list-style-type: none">• Att ta hjälp av kollegor• Att använda föräldrarnas kunskap i bedömningen	Kollegor och föräldrars synpunkter involveras vid smärtbedömning

BARNSJUKSKÖTERSKAN ANVÄNDER UTESLUTNINGSTRATEGI VID INDIVIDUELL BEDÖMNING AV SMÄRTA

Barnsjuksköterskan utgår från kunskap om det friska barnet

Vid misstanke om smärta beskrev samtliga informanter att de både tittade och lyssnade på barnet. De tittade specifikt på barnets rörelsemönster och ansiktsuttryck och de sökte efter mönster som skiljde sig från det friska barnets beteende. Bland rörelsemönstren reagerade de på om barnet uppfattades oroligt eller spänt, vilket tolkades som ett avvikande beteende. Informanterna observerade även barnets ansiktsuttryck och mimik. Det framkom att det informanterna tittade på var om barnet knep ihop ögonen och munnen, rynkade pannan eller visade tecken på att vara irritabelt. Informanterna lyssnade på barnet och reagerade på att urskilja gråt, gny, skrik och tystnad. Två av informanterna beskrev att det går att skilja på om barnets missnöje berodde på smärta.

“Jag tycker smärtan upplever man med många att de, det går inte att lugna dem så lätt. Eller trösta dem så lätt om de har ont någonstans. Då ser man att de har ett annat ansiktsuttryck, de grinar och grimaserar mer och kanske ett annat skrik. Det är inte det här liksom bara lilla gnyendet, lite olustigt, utan det är mer ett argt skrik” - nr 3

“Ett prematurfött barn behöver ju inte visa så mycket, det är ju inte alltid att den skriker heller, men den kan ju ha ont ändå, eller alltså att den är missnöjd av någon anledning och då visar den på andra parametrar än skrik och via kroppen om man säger” - nr 1

Samtliga informanter beskrev att de observerade barnets vitalparametrar vid misstanke om smärta. De parametrar som nämndes var puls, blodtryck, saturation och andningsfrekvens. En av informanterna beskrev svårigheter i bedömningen, som grundade sig på vitalparametrar, då barnen som vårdas på avdelningen normalt har bradykardier och takykardier. Bedömningen grundade sig i om det skett en förändring av vitalparametrar.

“Pulsen kan vara både hög och låg, samtidigt som våra barn normalt har bradykardier och är takykarda och har sina tillbud. Det är ju svårt även när de är uppkopplade. Där får man ju i så fall se, är det något som blivit annorlunda än tidigare.” - nr 2

Informanterna beskrev att de, vid misstanke om smärta, inspekterade barnets hudkostym. De kontrollerade att den var hel och att huden inte var röd eller irriterad. Något som uppmärksammades extra noga var områden på kroppen så som ljumskar, bakom öron, rumpa och halsveck. De observerade även barnets hudfärg för att utesluta cirkulatorisk påverkan.

“Det kan ju också vara om de är bleka, så att de liksom är påverkade av sin smärta, så att den påverkar hela barnet liksom, på ett större plan, som cirkulatoriskt” - nr 4

Vid samtal kring barnets hudkostym framkom även i samtliga informanternas beskrivningar att de kontrollerade instickställen efter exempelvis en perifer venkateter, för att utesluta att det var en källa till smärta. Genom att känna på barnet kunde informanterna få en uppfattning om var barnet eventuellt hade ont någonstans. En av informanterna uttryckte även att genom att känna på och ta i barnet var det möjligt att skilja mellan normal och onormal vävnad.

“Man känner att så skall inte vävnad kännas så att säga, alldeles stel, hade ingen kapillär återfyllnad och var extremt smärtpåverkad när man tog i barnet” - nr 1

Att utesluta andra orsaker som kan ge samma kliniska bild som smärta

Informanterna beskrev att vid omvårdnad av ett barn som visade tecken på missnöje tänkte de inte i första hand på att orsaken kunde vara smärta. De började alltid med att utesluta andra orsaker så som hunger, sugbehov, behov av närhet och obehag.

“Man har det inte hela tiden längst fram att tänka: Har barnet ont? Vi tänker: Är du hungrig? Saknar du mamma?” - nr 3

När ett barn visade tecken på missnöje kontrollerade samtliga informanter när barnet senast fått mat, för att utesluta att barnet inte signalerade hunger. De resonerade kring hur lång tid det gått sedan barnets senaste måltid och bedömde utifrån det om barnets missnöje berodde på hunger eller någonting annat. De observerade även barnet och letade efter tecken på hunger, så som sugbehov och sökreflex. När hunger uteslutits som orsak till barnets missnöje gick informanten vidare i sin utredning.

“Ja, men framförallt tittar jag på när barnet fått mat sist. Det är det första liksom. Är det bara en halvtimme sedan, eller 40 minuter sedan, kanske det inte är hunger, utan då kanske det är någonting annat” - nr 2

Informanterna försökte även utesluta att barnet var missnöjt på grund av att barnet låg ensamt i sängen och hade behov av närhet från sina föräldrar. Barnets omkringsliggande miljö inspekterades för att utesluta att någonting i barnets miljö kunde skapa obehag, exempelvis genom att barnet låg på någonting hårt eller blött. Barnets blöja kontrollerades också och byttes vid behov.

“Är det så att barnet ligger ensamt i sängen, eller obekvämt? Är det ett barn som är vant att sitta uppe mycket hos föräldrarna? Är det den anknytningen barnet söker?” - nr 4

BARNSJUKSKÖTERSKANS ANVÄNDER SIN PROFESSIONELLA KUNSKAP

Barnsjuksköterskan utgår från sin kliniska erfarenhet

När informanterna skulle utesluta smärta hos barnet uppgav de alla att de utgick från erfarenhet. Två av informanterna uttryckte att då de arbetat under många år och sett många

barn med olika diagnoser kunde de grunda smärtbedömningen på sin erfarenhet. Några exempel på de erfarenhetsbaserade bedömningar som informanterna tog upp var obehag vid CPAP-behandling, ont i magen av Niferex (järntillskott) och ont i huvudet efter en förlossning med sugklocka. Samtliga informanter beskrev att de genom erfarenhet hade kunskap om tecken på smärta hos barn som vårdas på neonatalavdelning.

“Man ser många barn, och man får se olika... både små och stora och vad som är skillnaden och mycket olika diagnoser och sånt så det är nog bara av erfarenhet bedömningen görs så att säga” - nr 2

En av informanterna uttryckte att sjuksköterskor bedömer olika utifrån sin personliga uppfattning och erfarenhet i ämnet. Utifrån det uttryckte informanten stort behov av smärtskattningsskalor för att bedömningen skall kunna göras lika för alla barn, då barnet verbalt inte kan kommunicera sin smärta. Det här stöds av de övriga informanterna som alla beskrev att smärtskattningsskalor inte används inom verksamheten. En informant gav uttryck åt att det saknas smärtskattningsskalor passande för barn som vårdas på neonatalavdelning.

“Det finns inget bra smärtskattningsinstrument, så det är ju bara min personliga uppfattning, tycker jag många gånger. Och vi kan ju uppfatta barnen väldigt olika”- nr 4

Barnsjuksköterskan använder sin empatiska förmåga

Tre av informanterna utgick från hur de själva hade upplevt en situation, vid misstanke om smärta hos barnet. De hade förmågan att sätta sig in i att barnet exempelvis kunde känna obehag av att inte kunna andas självständigt, vid obekväm kroppsställning eller om barnets öra var vikt. De kände en empati för barnet och uttryckte att de själva hade känt obehag om de befunnit sig i samma situation som barnet.

“Hur skulle jag uppleva det att ligga på samma sätt i åtta timmar, jag skulle få trycksår, det skulle göra jätteont. Kroppen somnar, vänd barnet då. Det kanske är därför barnet har ont ” - nr 3

“Jag tycker att man alltid också, oavsett vad det gäller för problematisk kring barnet, skall man tänka sig: Hur skulle jag uppleva den här situationen? Även om jag är vuxen...” - nr 1

KOLLEGOR OCH FÖRÄLDRARS SYNPUNKTER INVOLVERAS VID SMÄRTBEDÖMNING

Att ta hjälp av kollegor

Tre av informanterna berättade att de ofta tog hjälp av barnsköterskorna i sin smärtbedömning, efter som barnsköterskorna var de som såg barnet mest. Informanterna uttryckte ett stort förtroende för barnsköterskorna och deras kompetens. Informanterna beskrev att de framförallt högt värderade kunskap från de barnsköterskor med mycket klinisk erfarenhet. De belyste att de arbetade i team för att på ett säkert sätt bedöma barnets smärta relevant. Teamarbete beskrevs som en god förutsättning för att tillsammans bedöma barnets smärta. Informanterna beskrev att de genom det stärktes i sin bedömning av att de tillsammans utvärderade den smärta de misstänkte att barnet upplevde. De tog även hjälp av kollegor som vid tidigare arbetspass vårdat barnet för att utvärdera om förändringar skett i barnets beteende.

“Det kan ju vara barnsköterskan som misstänker att det här barnet har ont till exempel, som kommer till en om man själv inte sett barnet. Så jag tycker att man litar på varandra ganska väl, och man litar på bedömningen” - nr 1

“Man tar hjälp av en kollega som jobbat dagen innan kanske, om det är något barn som man inte liksom känner” - nr 4

Att arbeta natt ansågs vara en fördel enligt två av informanterna. På natten fick de chansen att mer utförligt titta på barnet, eftersom då var föräldrarna mer sällan närvarande. Det gavs då även utrymme för att få ta i barnet, vilket gav informanterna mycket information om barnets aktuella status. På dagtid var det främst föräldrarna som tog hand om barnet med stöd av personalen. På natten gavs däremot fler tillfällen att bedöma barnet, inte bara för smärta utan även av andra anledningar.

“Nattpersonalen är väl de som känner barnen bäst egentligen, inne på övervakningssalen i alla fall. När föräldrarna inte är där får man liksom ta i barnen. Det säger ju så mycket när man tar i barnen, hur de mår också” - nr 4

En av informanterna uttryckte, till skillnad från övriga informanter, att hjälp av kollegor inte var en del av smärtbedömningen. Informanten ansåg sig vara trygg och självständig i sin bedömning av barns smärta på neonatalavdelning.

“Jag tar inte in kollegor i just smärtfunderingen tror jag. Jag känner mig nog trygg där. Men jag tar in föräldrar i bedömningen ibland” - nr 3

Att använda föräldrarnas kunskap i bedömningen

Samtliga informanter belyste vikten av att använda föräldrarna vid smärtbedömning av barnet. Informanterna uttryckte att det var viktigt att alltid lyssna på föräldrarna, eftersom de ansåg att de känner sitt barn bäst och är bäst på att avläsa barnets signaler. Föräldrarna besitter störst kunskap om sitt barn och måste därför involveras i omvårdnaden, och bilda ett team tillsammans med sjuksköterskan i smärtbedömningen av barnet. Kontinuerlig kommunikation mellan föräldrarna och sjuksköterskan var mycket viktig för att informanterna skulle kunna skaffa sig en uppfattning om hur situationen kring barnet varit tidigare. Det informanterna exempelvis ville veta var hur föräldrarna uppfattat sitt barn tidigare under förmiddagen om de själva arbetade på kvällen.

“Man får använda föräldrarna mycket tycker jag, och fråga föräldrarna som är här hela dagen: Var han såhär igår? Eller är det någonting som är nytt? Har han gnällt såhär igår eller inte? Föräldrarna känner ju alltid sina barn bäst, så de är en god hjälp” - nr 4

Att involvera föräldrarna i smärtbedömningen av barnet var enligt samtliga informanter en förutsättning för att kunna bedöma barnets smärta. En av informanterna beskrev även att det kunde vara svårt att bedöma om ett barn hade ont om föräldrarna bodde på föräldrarum på avdelningen, och höll sig för sig själva. Det var inte alltid självklart att föräldrarna bad om hjälp trots att barnet verkade ha ont.

“Beroende på vad det är för föräldrar, om de ber om hjälp eller om de håller sig för sig själva, för då är det ju svårt. Det är ju en begränsning så att säga. Alla föräldrar ber ju inte alltid om hjälp heller” - nr 1

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Kvalitativ innehållsanalys användes då metoden kan anpassas efter kunskapsnivå och erfarenhet hos forskarna (Graneheim & Lundman, 2004). Det var första gången författarna till den här studien genomförde semistrukturerade intervjuer. Författarna har således begränsad erfarenhet i intervjuteknik. Trots det genererade intervjuerna i information som var användbar och svarade an på studiens syfte. Däremot hade en mer erfaren intervjuare eventuellt kunnat få ut mer information ur intervjuerna genom att ställa andra följdfrågor. Intervjuerna kan även ha påverkats av författarnas förförståelse. En av författarna till studien har erfarenhet av arbete inom neonatalsjukvård vilket kan ses som både en fördel och en nackdel. Författarna har varit medvetna om förförståelsen under analysprocessen, och har tillsammans analyserat materialet för att minimera risken för att resultatet skall påverkas av författarnas olika förförståelse. Det har förhoppningsvis genererat i ett neutralt förhållningssätt. Enligt Graneheim och Lundman (2004) ökar även resultatets tillförlitlighet om materialet analyserats av fler och risken för feltolkning minskar. För att stärka trovärdigheten i resultatbeskrivningarnas rimlighet diskuterades innehållet tillsammans med handledare. Det genererar även i en minskad risk för att analysen påverkas av egna tolkningar av materialet (Graneheim & Lundman, 2004). Intervjuerna transkriberades och analyserades i nära anslutning till intervjutillfället. Enligt Kvale et al. (2009) är det ett gynnsamt sätt att arbeta på för att få med all information och informationens nyanser.

Intervjuerna skulle genomföras på två neonatalavdelningar i Västsverige men på grund av tidbrist och hög arbetsbelastning på en av avdelningarna, genomfördes samtliga intervjuer på en av neonatalavdelningarna men med representanter från båda avdelningarna. Det går inte att dra några slutsatser av pilotstudiens resultat, eftersom det grundar sig på ett litet urval. Dessutom genomfördes studien på en och samma geografiska plats. Studien ger ändå en inblick i hur sjuksköterskor bedömer smärta hos barn som vårdas på neonatalavdelning. Syftet med studien är således uppfyllt. I den fullskaliga studien kommer ett större antal informanter från alla sju universitetssjukhus i Sverige att inkluderas för att öka resultatets trovärdighet och överförbarhet.

Författarna har reflekterat över om resultatet kunnat påverkas av om urvalet varit annorlunda. Hade resultatet påverkats om informanterna hade haft mindre erfarenhet av neonatalsjukvård eller varit av annan kulturell bakgrund? För att få ett resultat som går att applicera på svensk neonatalsjukvård önskar författarna bredda urvalet inför den fullskaliga studien. Det större urvalet kommer troligtvis ge en större bredd med olika bakgrund, erfarenhet och ålder. I pilotstudien har ett bekvämlighetsurval använts, men i den fullskaliga studien kommer ett strategiskt urval att användas för att få informationsrika beskrivningar från sjuksköterskor med kunskap inom det specifika området. I en kommande studie av större skala kan då resultatet komma att skilja sig åt från resultatet i pilotstudien, då ett större antal informanter genererar i en spridning av information och fakta som en mindre studie inte kan erbjuda.

Etiska aspekter att ta hänsyn till vid intervjuer är hur intervjuerna utformas, var och när de skall äga rum och om intervjuerna kommer att påverkas av processen eller intervjuaren. Det anses också vara positivt att intervjuaren uppmärksammar informanternas professionella erfarenhet och tar del av informanternas personliga kunskap. Enligt Marshall och Rossman (2011) bygger den kvalitativa ansatsen på ett holistiskt synsätt och passar bra vid forskning kring erfarenheter. Författarna till studien anser att den valda metoden lämpar sig väl till studiens syfte. Den intervjuguide som utformats gav informanterna möjlighet att reflektera kring frågor kopplade till studiens syfte. Enligt Kvale et al. (2009) ger följdfrågor informanten möjlighet att utveckla svaret på frågan. I exempelvis en kvantitativ enkätstudie hade det inte varit möjligt, och information hade gått förlorad. Inför den fullskaliga studien kommer intervjuguiden att bearbetas ytterligare, eftersom några av frågorna genererade i liknande svar. Författarna anser att den testade metoden är lämplig för den fullskaliga studiens syfte.

RESULTATDISKUSSION

Studiens resultat visar att informanterna gör en helhetsbedömning av barnet och dess omgivning i situationer när barnet uppvisar tecken som skulle kunna innebära smärta. Informanterna arbetar utifrån en uteslutningsstrategi och tar hjälp av föräldrar och kollegor i bedömningarna. Barnen kan inte verbalt kommunicera sin smärta, och därför är det betydelsefullt att sjuksköterskan tar in så många komponenter som möjligt i sin smärtbedömning. Att arbeta på det här sättet, genom att utesluta andra faktorer som kan indikera smärta och arbeta sig fram till om barnet har ont, tyder på en professionalism.

Genom att vårdpersonal ger omvårdnad och reflekterar över de behov patienten har, elimineras vårdlidandet enligt Eriksson (2001). Informanterna var noga med att se till barnets bästa och reflekterade kontinuerligt över barnets behov. De var uppmärksamma på barnets vitalparametrar, mimik och rörelsemönster för att utvärdera förändring. Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska tar upp vikten av att uppmärksamma faktorer som kan vara negativa för människans hälsa (Socialstyrelsen, 2005).

Samtliga informanter ansåg att det kunde vara till hjälp att titta på barnets vitalparametrar vid misstanke om smärta. De kände även fysiskt på barnet för att få en uppfattning om hur barnet mådde, och om de vårdat barnet vid något tidigare tillfälle var de uppmärksamma på förändringar i barnets beteende, och kunde då tolka det som att barnet var smärtpåverkat. Resultatet styrks i en studie gjord av Mattsson, Forsner & Arman (2011), där syftet var att belysa sjuksköterskors kliniska erfarenheter av smärta hos barn i åldrarna två till sex år, som vårdas på barnintensivvårdsavdelning och inte kan uttrycka sig verbalt. De kom fram till att sjuksköterskorna tittade på förändringar i vitalparametrarna (hög puls, förhöjt blodtryck, hög andningsfrekvens och dålig saturation) vid misstanke om smärta. Förändringar i vitalparametrarna ansågs, av sjuksköterskorna, vara de mest tillförlitliga indikationerna på att barnet hade ont. Sjuksköterskorna tittade även på hur spänt barnet var i sina muskler, för att utvärdera om barnet hade ont eller inte. Om barnet spände sig när någon tog i dess kropp, uppfattade sjuksköterskan det som att barnet kunde ha ont. Om sjuksköterskorna vårdat samma barn vid flera tillfällen, reagerade de också på om barnets beteende förändrats. Om barnet hade ett ändrat beteendemönster kunde sjuksköterskorna tolka barnets förändrade beteende som en indikation på smärta.

Informanterna uppgav att smärtbedömningen underlättades i de fall då de vårdat samma barn vid flertalet tillfällen tidigare. Då kunde de följa upp och uppmärksamma förändringar i barnets beteende, och genom kontinuiteten underlätta smärtbedömningen. I dagens sjukvård med hög arbetsbelastning och då det ofta saknas tillräckligt med personal är det inte alltid möjligt att följa samma barn kontinuerligt, vilket gör att sjuksköterskans kliniska bedömning inte kan följas upp och utvärderas. Sjuksköterskan bedömer således smärtan utifrån sin personliga uppfattning och erfarenhet inom området, vilket genererar i att barnets smärta bedöms olika beroende på vilken sjuksköterska som gör bedömningen. Informanterna uttryckte ett behov av smärtskattningsinstrument för att bedömningen skall kunna göras lika för alla barn.

Informanterna använde egen kunskap och erfarenhet i bedömningen av smärta hos barn som vårdas på neonatalavdelning. Det styrks även av en studie gjord av Mattsson, Forsner, Castrén och Arman (2011) som har undersökt hur sjuksköterskor på barnintensivvårdavdelning i Stockholm gör bedömningar av smärta på kritiskt sjuka barn som inte kan kommunicera verbalt. Deras resultat belyser att sjuksköterskan gör sin kliniska bedömning utifrån olika perspektiv; kunskapsorienterat-, praktiskt- och undersökningsorienterat. Det förstnämnda involverar att överväga olika aspekter och relatera till erfarenhetsgrundad och teoretisk kunskap. Resultatet visar att kunskap och erfarenhet är en viktig del i smärtbedömningen. Den praktiskt orienterade perspektivet bygger på att bedömningen är osystematisk och görs i relation till situationen och inte till det enskilda barnet. Det undersökningsorienterade perspektivet innebär att sjuksköterskan är fokuserad på det enskilda barnet och dess specifika smärtsignaler. Här beskrivs även vikten av att ta hjälp av föräldrarna i smärtbedömningen. I de fall då informanterna var osäkra på om barnet de vårdade hade ont eller inte, tog de hjälp av barnets föräldrar för att höra deras uppfattning om barnets situation. De frågade om föräldrarna upplevde att barnet betedde sig annorlunda än tidigare, och om föräldrarna trodde att barnet hade ont. Informanterna betonade vikten av att alltid lyssna på föräldrarna, eftersom de är de som känner sitt barn bäst. Föräldrarna blev en del i smärtbedömningen. Enligt Svensk sjuksköterskeförening (2007) ingår det i barnsjuksköterskans uppdrag att främja hälsa och lindra lidande. Barn som inte kan kommunicera är sårbara och behöver någon annan som kan känna igen och förstå deras behov av smärtlindring. De riskerar annars att lida till följd av obehandlad smärta (Ramelet, Abu-Saad, Rees & McDonald, 2004). Enligt Eriksson (2001) är lidande starkt förknippat med smärta. Att negligera ett barns smärtsignaler genererar inte bara i lidande, utan innebär även direkt vanvård av barnet, eftersom barnet verbalt inte kan förmedla sin smärta. Vårdpersonal måste vara lyhörd inför barnets behov av smärtlindring, och ge en individanpassad vård eftersom varje barn är unikt i avseende att visa smärta.

Barnet befinner sig i en utsatt situation och är helt beroende av att sjuksköterskan uppmärksammar dess smärtsignaler för att få adekvat smärtbehandling. Att arbeta med barn som inte kan uttrycka sig verbalt innebär därför en stor utmaning för sjuksköterskan. Enligt Kolcaba och DiMarco (2005) finns omvårdnadsåtgärder utformade, utifrån Comfort theory, som syftar till att uppnå ett välbefinnande för barn och barnets familj. En viktig del i att kunna uppnå komfort är att barnet skall erhålla en adekvat smärtbehandling. Det är också viktigt att miljön runt barnet är harmonisk och lugn.

Ingen av informanterna använde sig av smärtskattningsskalor vid misstanke om smärta hos ett barn. De använde sig enbart av sin subjektiva bedömning, som de bland annat grundade i sin egen erfarenhet som sjuksköterska på neonatalavdelning och kunskap om hur ett friskt barn brukar bete sig. Informanterna uppgav att smärtskattningsskalor inte används inom verksamheten, och några av dem saknade ett väl fungerande smärtskattningsskalor. Även Akuma och Jordan (2012) har gjort en studie som visar att smärtskattningsskalor sällan används vid smärtskattning av prematura barn. Gradin och Eriksson (2011) har genomfört en liknande studie i Sverige som visar att smärtskattningsskalor används i mindre än hälften av bedömningarna på neonatalavdelning. De svenska nationella riktlinjerna för prevention och behandling av smärta hos nyfödda rekommenderar att strukturerade metoder används regelbundet vid smärtskattning av barn som vårdas på neonatalavdelning (Svensk barnsmärtförening, 2013). Informanterna nämner inte någonting om hur de utvärderar barnets smärta. Att utvärdera en subjektiv smärtbedömning är svårt, eftersom alla sjuksköterskor gör bedömningen utifrån sin egen tolkning av barnets situation. Om ett smärtskattningsskalor använts hade både utvärdering och dokumentation underlättats, eftersom sjuksköterskorna då haft någonting mätbart att utgå ifrån. Det skulle kunna vara ett sätt att kvalitetssäkra vården.

Varför används inte smärtskattningsskalor när de svenska nationella riktlinjerna för prevention och behandling av smärta hos nyfödda (Svensk barnsmärtförening, 2013) rekommenderar det? Beror det på att de instrument som finns utarbetade inte fungerar i teorin, eller beror det på att sjuksköterskorna saknar kunskap och utbildning gällande hur de skall användas? Innebär avsaknaden av smärtskattningsskalor på neonatal att barnen där mår sämre än om smärtskattningsskalor hade använts? Är det etiskt försvarbart att använda sig av en subjektiv bedömning av smärta, när validerade smärtskattningsskalor finns att tillgå? Författarna till studien anser att ett väl fungerande smärtskattningsskalor skulle kunna vara ett bra komplement till sjuksköterskans professionella bedömning av ett barns smärta. Genom att använda sig av smärtskattningsskalor kan resultatet av bedömningen journalföras och utvärderas, vilket leder till en kvalitetssäkring av vården.

KONKLUSION

Studien visar att barnsjuksköterskor på neonatalavdelning bedömer barns smärta genom att använda sig av sin kliniska erfarenhet och sin kunskap om friska och sjuka barn.

Barnsjuksköterskorna arbetar utifrån en uteslutningsstrategi i sin smärtbedömning av barnet för att eliminera andra orsaker som kan ge samma kliniska bild som smärta. De involverar även föräldrar och kollegor i bedömningen för att försöka skapa sig en helhetsbild av barnet och dess situation. Det finns validerade smärtskattningsinstrument anpassade att användas i neonatalsjukvården, men enligt studiens resultat används de inte i praktiken.

KLINISKA IMPLIKATIONER OCH FRAMTIDA FORSKNING

Studiens resultat bidrar till att belysa problematiken kring smärtbedömning av barn som vårdas på neonatalavdelning. I praktiken leder det till en ökad medvetenhet hos barnsjuksköterskan gällande vikten av smärtbedömning, eftersom barnen inte kan kommunicera sin smärta verbalt. Studiens resultat kan i praktiken appliceras vid introduktion av nyanställda på avdelningar där nyfödda barn vårdas. I framtida forskning hade det varit intressant att jämföra barnsjuksköterskans kliniska smärtbedömning med ett validerat smärtskattningsinstrument, för att utvärdera om resultaten av bedömningarna skiljer sig åt. Författarna till studien anser att det finns ett behov av vidare forskning inom området, då det är av stor vikt att barnsjuksköterskor kan behärska smärtbedömning för att minimera och lindra lidande hos nyfödda barn.

FÖRDELNING AV ARBETET

I samtliga moment av uppsatsskrivandet har båda författarna varit delaktiga. Fördelningen av artiklar och litteratur gjordes med intentionen att fördela tidsåtgången rättvist. Delar av bakgrunden har bearbetats enskilt, men har sedan diskuterats gemensamt av författarna. Datainsamlingen fördelades så att författarna utförde två intervjuer var och transkriberade sina intervjuer enskilt, för att sedan ta del av den andres inspelningar. Därefter analyserades materialet gemensamt. Uppsatsens resterande delar har gemensamt bearbetats av båda författarna.

REFERENSER

- Akuma, A., & Jordan, S. (2012). Pain management in neonates: a survey of nurses and doctors. *Journal of Advanced Nursing*, 68(6), 1288-1301. doi:10.1111/j.1365-2648.2011.05837.x
- Allegaert, K., Tibboel, D., Naulaers, G., Tison, D., De Jonge, A., Van Dijk, M., Vanhole, C., & Devlieger, H. (2003) Systematic evaluation of pain in neonates: Effect on the number of intravenous analgesics prescribed. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 59(2), 87-90. doi: 10.1007/s00228-003-0585-3
- Anand, K. J., Sippell, W. G., & Aynsley – Green, A. (1987). Randomised trial of fentanyl anaesthesia in preterm babies undergoing surgery: effects on the stress response. *Lancet*, 1(8527), 243-248.
- Anand, K. J., Aynsley-Green, A., Bancalari, E., Benini, F., Champion, G. D., Craig, K. D., Dangel, T. S., & Taddio, A. (2001). Consensus statement for the prevention and management of pain in the newborn. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 155(2), 173-180.
- Batton, D. G., Barrington, K. J., Wallman, C., & Finley, G. A. (2006). Prevention and management of pain in the neonate: an update. *Pediatrics*, 118(5), 2231-2241.
- Caverius, U. (2011). Smärta hos barn. I C. Moëll & J. Gustafsson (Red.), *Ped.- Pediatrisk* (s. 76-85). Stockholm: Liber.
- Dodds, E. (2003). Neonatal procedural pain: a survey of nursing staff. *Paediatric Nursing*, 15(5), 18-21.
- Dos Santos, M. Z., Kushara, D. M., & Pedreira, M. (2012). The experiences of intensive care nurses in the assessment and intervention of pain relief in children. *Rev. Esc. Enferm USP*, 46(5), 1074-1081.
- Eriksson, K. (2001). *Den lidande människan*. Stockholm: Liber.
- Eriksson, K. (1984) *Hälsans idé*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- Eriksson, M., & Gradin, M. (2008). Pain management in Swedish neonatal units - a national survey. *Acta Paediatrica*, 97(7), 870-874. doi: 10.1111/j.1651-2227.2008.00826.x.
- Etiksprövningsnämnden. (2007). *Regeringens proposition 2007/08:44 vissa etikprövningsfrågor m.m.* Hämtad 2014-03-14 från: <http://www.regeringen.se/content/1/c6/09/48/06/b497e80c.pdf>
- Fellman, V. (2008) Smärta och smärtbehandling. I H. Lagercrantz, L. Hellström-Westas & M. Norman (Red.), *Neonatologi* (s. 473-478) Lund: Studentlitteratur.
- Gradin, M. (2013) Pain assessment in Swedish neonatal units - a 20 years follow up. *International Forum on Pediatric Pain*. White Point Beach; Canada.

- Gradin, M., & Eriksson, M. (2011). Neonatal pain assessment in Sweden - A fifteen-year follow up. *Acta Paediatrica*, 100(2), 204-208. doi: 10.1111/j.1651-2227.2010.01996.x.
- Graneheim, U., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112.
- Henricson, M., & Billhult, A. (2012). Kvalitativ design. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 129-137) Lund: Studentlitteratur.
- Hummel, P., & van Dijk, M. (2006). Pain assessment: current status and challenges. *Semin in Fetal and Neonatal Medicine*, 11(4), 237-245.
- International Association for the Study of Pain (u.å.). Hämtad 2014-02-27, från: <http://www.iasp-pain.org/>
- Jacksson, K., & Hedberg Nykvist, K. (2013). Att bli förälder till ett för tidigt fött eller nyfött sjukt barn. I K. Jacksson., & H. Wigert (Red.), *Familjecentrerad neonatalvård*. (s. 31-60) Lund: Studentlitteratur.
- Kolcaba, K., & DiMarco, A. M. (2005). Comfort Theory and Its Application to Pediatric Nursing. *Pediatric Nursing*, 31(3), 187-194.
- Korhonen, A., Haho, A., & Pölkki, T. (2013). Nurses' perspectives on the suffering of preterm infants. *Nursing Ethics*, 20(7), 798-807. doi:10.1177/0969733012475251
- Kvale, S., Brinkmann, S., & Torhell, S. E. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur. Lundeborg, S. Klassificering av smärta och smärtfysiologi. Information från Läkemedelsverket 2014;25(3):27-28.
- Marshall, C., & Rossman, G. B. (2011). *Designing qualitative research*. London: Sage publication.
- Mattsson, J., Forsner, M., & Arman, M. (2011). Uncovering pain in critically ill non-verbal children: Nurses' clinical experiences in the paediatric intensive care unit. *Journal of Child Health Care*, 15(3), 187-198. doi:10.1177/1367493511406566
- Mattsson, J., Forsner, M., Castrén, M., & Arman, M. (2011). Clinical Judgment of Pain in the Non-Verbal Child at the PICU - A Phenomenographic Study. *Journal of Palliative Care & Medicine*.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Pölkki, T., Korhonen, A., Laukkala, H., Saarela, T., Vehviläinen-Julkunen, K., & Pietilä, A. (2010). Nurses' attitudes and perceptions of pain assessment in neonatal intensive care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(1), 49-55. doi:10.1111/j.1471-6712.2008.00683.x

Ramelet, A. S. (1999). Assessment of pain and agitation in critically ill infants. *Australian Critical Care*, 12(3), 92-96.

Ramelet, A. S., Abu-Saad, H., Rees, N., & McDonald, S. (2004). The challenges of pain measurement in critically ill young children: a comprehensive review. *Australian Critical Care*, 17(1), 33-45

Roofthoof, D.W., Simons, S. H., Anand, K.J., Tibboel, D., & van Dijk, M. (2013). Eight Years Later, Are We Still Hurting Newborn Infants? *Neonatology*, 105(3), 218-226. doi: 10.1159/000357207

Simons, S. H., van Dijk, M., Anand, K. S., Roofthoof, D., Van Lingen, R. A., & Tibboel, D. (2003). Do We Still Hurt Newborn Babies? A Prospective Study of Procedural Pain and Analgesia in Neonates. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 157(11), 1058-1064.

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 2014-03-01 från http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf

Strang, P., Strang, S., Hultborn, R., & Arnér, S. (2004). Existential pain- An entity, a provocation or a challenge? *Journal of Pain and Symptom Management*. 27(3), 241-250.

Svensk barnsmärtförening. (2013). *Nationella riktlinjer för prevention och behandling av smärta i nyföddhetsperioden*. Hämtad 2014-05-30 från <http://www.svenskbarnsmartforening.se/svenskbarnsmartforening/dokument/Nationella-riktlinjer-2013.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening. (2007). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. Hämtad 2014-03-01 från <http://www.swenurse.se/Global/Publikationer/Etik-publikationer/ICN.Etisk.kod.webb.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening (2008). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot hälso- och sjukvård för barn och ungdomar*. Stockholm: Riksföreningen för barnsjuksköterskor & Svensk sjuksköterskeförening.

Vetenskapsrådet. (u.å.). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Hämtad 2014-03-14 från: <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>



GÖTEBORGS UNIVERSITET
SAHLGRENSKA AKADEMIN

FORSKNINGSPERSONSINFORMATION

Bakgrund och syfte

Det är inte förrän på senare år som barns smärta har uppmärksamats inom forskningen. Idag finns kunskap om att barn känner smärta precis som vuxna. Det prematura barnet kan dock inte verbalt uttrycka sin smärta och därför är det av stor vikt att sjuksköterskan är uppmärksam på barnets smärtsignaler. Syftet med studien är att beskriva hur barnsjuksköterskan/sjuksköterskan bedömer smärta hos nyfödda barn som vårdas på neonatalavdelning.

Förfrågan om deltagande

Vårdenhetschefen på två neonatalavdelningar i västra Sverige har tillfrågats om tillstånd till att studien utförs. Eftersom Du arbetar som barnsjuksköterska/sjuksköterska på neonatalavdelning tillfrågas Du om deltagande i studien.

Hur går studien till?

Vid deltagande i studien kommer en enskild intervju att genomföras med Dig, och den beräknas ta mellan 30-60 min. Den kan genomföras under arbetstid och Du får själv välja plats för intervjun. Intervjun är en del i ett examensarbete på avancerad nivå vid Göteborgs Universitet, och kommer att spelas in för att sedan analyseras.

Finns det några risker med att delta?

Vi ser inte att det finns några risker för Dig att delta i studien. Det kan däremot vara så att områden berörs som eventuellt kan vara känsliga för Dig i Din yrkesroll, men Du väljer själv vad Du vill svara på och prata om under intervjun.

Finns det några fördelar med att delta?

Studiens resultat bidra till ökad förståelse gällande prematura barns smärta och hur sjuksköterskan bedömer barnets smärtsignaler. För Dig som enskild individ genererar deltagande i studien inga fördelar.

Hantering av data och sekretess

Intervjun spelas in och skrivs sedan ner ord för ord. Materialet kommer att förvaras så att ingen obehörig får tillgång till det. Det kommer inte vara möjligt att urskilja vad just Du svarat när resultatet presenteras. Insamlat material kommer att förstöras när studien är avslutad.

Hur får jag information om studiens resultat?

Kontakta nedanstående personer om Du önskar ta del av studiens resultat.

Frivillighet

Deltagande i studien är helt frivilligt och Du kan välja att avbryta deltagandet när Du vill utan att förklara varför.

Ansvariga för studien

Leg. sjuksköterska och barnsjuksköterskestudent

Josephine Axelsson

Tel: xxxx-xxxxxx

E-mail: gusjosepax@student.gu.se

Leg. sjuksköterska och barnsjuksköterskestudent

Malin Hindebo

Tel: xxxx-xxxxxx

E-mail: gushinma@student.gu.se

Handledare

Margareta Mollberg

Universitetslektor

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Göteborgs Universitet

E-mail: margareta.mollberg@gu.se

Intervjuguide

Inledande fråga - Beskriv hur du bedömer ett barns smärta?

- Du beskriver... kan du utveckla det..
- Du säger... kan du förtydliga hur du menar...
- ... kan du berätta mer om det...

Beskriv en situation där du bedömt ett barns smärta, där orsaken till smärtan inte var känd ?

- Vilka tecken?

Om ett barn t.ex. gnyr eller skriker. osv och ger tecken på att inte vara nöjd – beskriv hur du går tillväga för att utesluta att barnets missnöjdhet inte beror på smärta?

- ”Du nämnde”...
- ... hur skiljer du på smärta och andra tillstånd?

Beskriv hur du tänker kring sjuksköterskans förutsättningar för att bedöma barns smärta?

Beskriv om det finns begränsningar inom smärtbedömning av barn på neonatalavdelning?

- Vad anser du behövs (saknas ngt) för att underlätta din smärtbedömning?

Beskriv om och i så fall hur avdelningens personal arbetar med att förebygga och utvärdera smärta?

- Ex smärtteam?

Tillägg om smärtbedömning?

Övriga frågor